

M. A
Décision n° 907-D
Saisine directe

Décision rendue publique par affichage dans les locaux du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens le 21 mars 2012;

La Section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens réunie le 5 mars 2012 en audience publique.

Vu la saisine directe, enregistrée le 16 mai 2011 au greffe de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, par laquelle le plaignant, en application de l'article R.145-23 du code de la sécurité sociale, a saisi la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens ; le plaignant a indiqué que le délai d'un an à compter de la réception de la plainte s'était écoulé, sans que la section des assurances sociales du conseil régional d'Ile de France ne se soit prononcée sur l'affaire ;

Vu la plainte, en date du 23 décembre 2009, formée par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical, près la Caisse primaire d'Ile de France, et dirigée à l'encontre de M. A, titulaire de la Pharmacie A, sise ... ; suite à l'analyse des délivrances des médicaments effectuées par la pharmacie A sur une période d'un an, de janvier à décembre 2007, portant sur 256 factures et concernant 20 assurés, 119 anomalies ont été mises en évidence :

- 21 facturations de médicaments en quantité supérieure à la quantité nécessaire au traitement prescrit sur la période d'analyse (8 cas concernés) ;
- 34 facturations de renouvellements non prescrits (13 cas concernés) ;
- 4 facturations de médicaments non prescrits (1 cas concerné) ;
- 9 fausses déclarations quant à la date d'exécution effective de la facturation (7 cas concernés) ;
- 1 renouvellement de traitement à partir d'anciennes ordonnances alors qu'une prescription plus récente avait introduit une modification de traitement (1 cas concerné) ;
- 30 facturations anticipées, à moins de 15 jours d'intervalle (14 cas concernés) ;
- 3 facturations de médicament alors que figure la mention « ne pas délivrer » sur l'ordonnance (1 cas concerné) ;
- 3 facturations de médicaments en quantité supérieure à la quantité nécessaire au traitement prescrit sur l'ordonnance (1 cas concerné) ;
- 3 délivrances malgré l'absence de durée de traitement (1 cas concerné) ;
- 3 délivrances malgré l'absence de posologie (1 cas concerné) ;
- 1 ordonnance non datée et non signée (1 cas concerné) ;
- 1 période de validité de l'ordonnance dépassée (1 cas concerné) ;
- 2 ordonnances sécurisées incomplètes (1 cas concerné) ;

les dépenses indues à la charge de la CPAM de ... étaient estimées à plus de 55 000 euros ;

Vu le mémoire de M. A, enregistré au greffe du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens d'Ile de France le 29 juillet 2010, par lequel celui-ci sollicite, à titre principal, que soit prononcée soit l'annulation soit l'irrecevabilité de la plainte déposée à son encontre ; il soutient en effet que la procédure préalable à la plainte n'a pas été respectée, puisqu'il n'a été informé des griefs qui lui étaient reprochés qu'à la notification de celle-ci ; sur le fond, M. A relève que le préjudice subi concerne la CPAM et non le service médical qui a seul porté plainte ; il souligne également que l'étude ne porte pas sur des dates précises (janvier à septembre 2007), n'identifie pas les médicaments qui ont fait l'objet des facturations litigieuses et n'explique pas le procédé de sélection des 20 assurés ; il rappelle que sa pharmacie se situe à proximité de l'hôpital ... et qu'un certain nombre de ses patients souffre de pathologies lourdes de type VIH ou de problèmes de toxicomanie ; c'est une patientèle qui nécessite une collaboration avec le médecin prescripteur et une réelle communication, ce qu'il déclare avoir toujours effectué ; il se présente comme étant très impliqué dans la lutte contre la toxicomanie et souligne que la délivrance de médicaments génériques dans sa pharmacie est particulièrement élevée ; concernant les facturations litigieuses, M. A affirme qu'il a pu s'agir d'avances liées à la période de congé, au départ à l'étranger du patient ou encore à la perte du médicament ; il reconnaît que des erreurs involontaires ont pu être commises ; certains médecins prescripteurs auraient également autorisé les facturations litigieuses ; certaines autres facturations irrégulières s'expliqueraient par le souci qu'a eu M. A de permettre à ses patients de poursuivre leur traitement ; enfin, il dément avoir eu des intentions lucratives ou avoir agi par fraude et sollicite l'indulgence des juges ;

Vu le mémoire en réplique du plaignant, enregistré au greffe du conseil régional le 27 octobre 2010, par lequel celui-ci affirme que la procédure suivie devant la section des assurances sociales garantit « à elle seule les droits de la défense » ; il soutient, de même, que l'application de cette procédure spécifique prévue aux articles L.315-1 et R.315-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, ne concerne pas les contrôles de délivrance et de facturation de médicaments tels qu'effectués par le service du contrôle médical; il rétorque également que sa plainte n'empêche pas la CPAM de recouvrir les sommes par une procédure distincte ; en tout état de cause, il précise que les dispositions de l'article L.315-1 du code de la sécurité sociale lui permettent de concourir à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie et que celles des articles R.141-1 et R.145- 8 du même code lui donnent la qualité pour saisir la section des assurances sociales du conseil régional, sans être tenu de justifier d'une atteinte portée à ses droits ; le plaignant ne conteste pas la prise en compte de l'intérêt du patient par M. A, néanmoins, il estime que ces avances, dépannages, renouvellements anticipés ou non prescrits ne sont pas conformes aux textes et ont engendré une importante somme indue au détriment de la Caisse ; il ajoute que M. A n'apporte pas la preuve que les médecins auraient donné leur accord aux délivrances litigieuses, ou que les justifications ne sont que partielles ; s'agissant de la perte du médicament, il n'est pas question de blâmer M. A pour avoir délivré le médicament de remplacement mais d'avoir doublé la facturation à la CPAM ; il ajoute que les erreurs nombreuses reconnues par M. A contreviennent à l'article R.4235-9 du code de la santé publique et ont généré un important préjudice à la CPAM, compte tenu des quantités non négligeables de médicaments délivrées en surnombre ; il relève d'autre part que la plainte ne vise absolument pas le taux de délivrance de médicaments génériques, ni la qualité de la pratique de délivrance des traitements de substitution ; le plaignant conclut en sollicitant une sanction qui soit appropriée à la gravité des faits commis par M. A ;

Un second mémoire en défense a été enregistré le 11 janvier 2011 au greffe du conseil régional ; M. A y précise que la procédure préalable aurait dû être appliquée puisque, selon lui, l'analyse de l'activité de sa pharmacie portait bien sur le plan médical et non uniquement sur un contrôle des délivrances et de facturations de médicaments ; il fait également valoir que le service médical semble plus attaché aux sommes indûment dépensées par la Caisse que par la santé des patients ; il rappelle à cet égard que la procédure introduite devant le conseil régional n'a pas pour objet de recouvrir ces sommes ;



Il souligne ensuite que la part d'anomalies relevées dans l'activité de sa pharmacie est « extrêmement faible » par rapport à l'activité de celle-ci ; il mentionne par ailleurs que la majorité des anomalies relevées concernaient des patients traités pour des affections de longue durée ; enfin, si la plainte venait à être déclarée recevable, et au vu des circonstances atténuantes développées, il sollicite une nouvelle fois l'indulgence à son égard ;

Vu le second mémoire en réplique du plaignant, enregistré au greffe du conseil régional le 18 mars 2011, par lequel celui-ci confirme que la procédure préalable n'est pas applicable au présent litige ; il ne s'agirait pas d'une analyse sur le plan médical soumise à l'article L.145-1 du code de sécurité sociale puisque l'examen des patients sélectionnés n'aurait pas été effectué ; le plaignant rappelle également que les facturations litigieuses posent un problème de santé publique et vont à l'encontre du rôle de professionnel de santé qu'est le pharmacien ; pour finir, il fait remarquer que les griefs de santé publique et les griefs d'ordre économique ne peuvent être distingués car ils se recoupent ;

Vu le courrier du Président du conseil régional, en date du 9 juin 2011, par lequel il explique les raisons de l'absence de décision rendue pour cette affaire dans les délais requis ; elles tiennent au départ de la présidente de la section des assurances sociales, à la prise de fonction tardive de son successeur ainsi qu'aux demandes de délais répétées par les parties pour apporter des réponses aux mémoires ;

Vu le procès-verbal de l'audition de M. A au siège du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens le 11 janvier 2012, par le rapporteur ; l'intéressé déclare ne pas avoir d'observations complémentaires à apporter ;

Vu l'ultime mémoire en défense de M. A, enregistré au greffe du Conseil national le 25 janvier 2012, par lequel celui-ci estime que la saisine directe est illégale ; pour lui, elle ne respecte pas le double degré de juridiction imposé par les articles L.145-1 et R.145-1 du Code de la sécurité sociale ; il ajoute que la saisine directe crée une rupture d'égalité car elle n'est ouverte qu'au plaignant ; il signale que le seul recours qui lui serait désormais ouvert, après le prononcé de la décision de la section des assurances sociales du Conseil national des pharmaciens, serait un recours devant le Conseil d'Etat ; or, il précise que la force probante des éléments de preuve, la qualification juridique des faits et le quantum de la sanction, si elle s'avérait disproportionnée, ne pourraient plus être discutés en cassation ; il ajoute que la sanction prononcée serait immédiatement applicable compte tenu de l'absence d'effet suspensif du pourvoi en cassation ; enfin, il reproche au plaignant de ne pas avoir incité les juges de première instance à accélérer le dossier, ainsi que d'avoir participé à la lenteur du processus en demandant des délais supplémentaire pour produire ; il précise que le plaignant n'a pas été prompt à former la demande de saisine directe et qu'il n'a pas répondu au dernier mémoire en défense de janvier 2011 ; M. A conclut en demandant à la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens de déclarer la saisine illégale et de renvoyer l'affaire devant la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens ;

Vu le mémoire du plaignant, enregistré au greffe du Conseil national le 20 février 2012, par lequel celui-ci affirme que la saisine directe est, au vu des textes et de la jurisprudence du Conseil d'Etat, parfaitement légale ; il conteste également son implication dans la durée d'instruction du dossier et affirme que, contrairement aux dires de M. A, le service médical a bien répondu au mémoire en date du 11 janvier 2011 ; le plaignant confirme, par ailleurs, ses précédentes écritures ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles R.4235-9, R.4235-10, R.4235-12, R.4235-48, R.4235-64, R.5123-1, R.5132-4, R.5132-5, R.5132-6, R.5132-14 et R.5132-22 ;

Vu le code de la sécurité sociale et notamment ses articles R.145-2, R.145-23, R.160-20-4, R.161-45 et R.163-2 ;

Après avoir entendu la lecture du rapport de M. R;

Après avoir entendu :

- les explications de M. A ;
 - les observations de Me SAPONE, conseil de M. A ;
 - les explications de M. G, pharmacien conseil représentant le plaignant,
- Les intéressés s'étant retirés, M. A ayant eu la parole en dernier ;

APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ ;

Sur les moyens de procédure :

Considérant que M. A conclut à l'irrecevabilité de la plainte déposée à son encontre, au motif que les services de la caisse primaire d'assurance maladie, préalablement au dépôt de celle-ci, n'auraient pas mis en œuvre la procédure contradictoire prévue par les articles L.315-1 et suivants et R.315-1 et suivants du code de la sécurité sociale ; qu'il affirme n'avoir jamais été informé de ce qu'un contrôle d'activité de son officine allait être mis en œuvre et n'avoir donc été informé des griefs qui lui étaient reprochés qu'à réception de la plainte dirigée à son encontre ; que, toutefois, à les supposer établies, les irrégularités ayant précédé la saisine de la section des assurances sociales sont sans influence sur la recevabilité de la plainte ; que la régularité de la procédure régissant le contentieux du contrôle technique de la sécurité sociale garantit à elle seule les droits de la défense ; que le moyen doit donc être écarté ;

Considérant que M. A critique également la méthodologie du contrôle effectué par le service médical près la caisse primaire d'assurance maladie d'Ile-de-France ; qu'il fait valoir qu'il est impossible de savoir quelles classes de médicaments onéreux ont été ciblées et comment l'échantillon des 20 assurés sociaux, dont les dossiers ont été examinés, a été constitué ; qu'il conclut en tout état de cause que ce contrôle ne saurait refléter l'activité quotidienne de son officine ; que, toutefois, la section des assurances sociales n'est saisie que des seuls dossiers visés dans la plainte et est compétente pour se prononcer sur la réalité des manquements portés à sa connaissance ; que le moyen lié aux modalités du contrôle effectué par le service médical est donc inopérant ;

Considérant que M. A entend contester la légalité de l'article R.145-23 du code de la sécurité sociale qui dispose notamment que si la section des assurances sociales d'un conseil régional de l'Ordre des pharmaciens ne s'est pas prononcée dans un délai d'un an à compter de la réception de la plainte, la section des assurances sociales du Conseil national peut, à l'expiration de ce délai, être saisie par les requérants ; que M. A soutient que cet article porterait atteinte au principe du double degré de juridiction consacré en la matière par l'article L.145-1 du code de la sécurité sociale ; qu'il résulte toutefois d'une jurisprudence constante du Conseil constitutionnel que l'existence d'un double degré de juridiction ne constitue ni un principe constitutionnel, ni un principe général du droit, ni un élément du droit au recours garanti par l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ; qu'en conséquence, la règle procédurale du double degré de juridiction ne constitue pas un principe général qui interdirait au pouvoir réglementaire de prévoir, dans l'exercice de sa compétence, des cas où il pourrait être procédé à une saisine directe de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens ; que le moyen doit donc être écarté ;



Au fond :

Considérant que le service médical près la caisse primaire d'assurance maladie d'Ile-de-France a procédé à l'examen de 256 factures établies par l'officine de M. A, au bénéfice de 20 assurés, sur une période d'un an, de janvier à décembre 2007 ; que cette étude a permis de mettre en évidence 119 anomalies : 21 facturations de médicaments en quantité supérieure à la quantité nécessaire au traitement prescrit sur la période d'analyse, 34 facturations de renouvellements non prescrits, 4 facturations de médicaments non prescrits, 9 fausses déclarations quant à la date d'exécution effective de la facturation, 1 renouvellement de traitement à partir d'anciennes ordonnances, alors qu'une prescription plus récente avait introduit une modification de traitement, 30 facturations anticipées, à moins de 15 jours d'intervalle, 3 facturations de médicament alors que figurait la mention « ne pas délivrer » sur l'ordonnance, 3 facturations de médicaments en quantité supérieure à la quantité nécessaire au traitement prescrit sur l'ordonnance, 3 délivrances malgré l'absence de durée de traitement, 3 délivrances malgré l'absence de posologie, 1 ordonnance non datée et non signée, 1 période de validité de l'ordonnance dépassée, 2 ordonnances sécurisées incomplètes ;

Considérant que les anomalies dénoncées par le plaignant sont établies par les pièces du dossier et ne sont d'ailleurs pas sérieusement contestées dans leur matérialité par M. A ; que, pour sa défense, ce dernier fait valoir que sa pharmacie se trouve à proximité immédiate de l'hôpital ... et qu'un certain nombre de ses patients souffrent de pathologies lourdes, de type SIDA ou toxicomanie ; qu'il affirme travailler en étroite collaboration avec les médecins prescripteurs afin de prendre en charge au mieux ces patients difficiles ; qu'il précise que la plupart des facturations litigieuses correspondent à des avances liées à des périodes de congé, à des départs à l'étranger du patient ou encore à la perte du médicament et que certaines des délivrances correspondantes ont été autorisées par les médecins prescripteurs ; qu'il ajoute que si des erreurs ont pu être commises, elles sont totalement involontaires et ne révèlent ni tentative de fraude ni recherche de lucre ; qu'il insiste enfin sur le fait que les anomalies relevées représentent une fraction extrêmement faible de l'activité de son officine ;

Considérant toutefois que la circonstance que M. A s'impliquait dans la prise en charge de patients difficiles, atteints de pathologies lourdes, ne suffit pas à justifier les irrégularités constatées en matière de facturation ; qu'en particulier la nécessité d'assurer la continuité des traitements en cas de congés ou en cas de perte des médicaments déjà délivrés, n'autorisait pas M. A à établir des facturations non conformes à la prescription ou présentant un caractère systématique ; que le plaignant est donc fondé à demander que soit prononcée à son encontre l'une des sanctions prévues par l'article R.145-2 du code de la sécurité sociale ; qu'il sera fait une juste application de ce texte en prononçant à l'encontre de M. A la sanction de l'interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux pendant deux mois, dont un mois avec sursis

DÉCIDE :

Article 1^{er} : Il est prononcé à l'encontre de M. A la sanction de l'interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux pendant deux mois, dont un mois avec sursis ;

Article 2 : La partie ferme de la sanction prononcée à l'encontre de M. A s'exécutera du 1^{er} juillet 2012 au 31 juillet 2012 inclus ;

Article 3 : La présente décision sera notifiée à :

- M. A ;
- M. le Médecin-conseil chef du Service médical d'Ile de France;



- M. le Président du Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens d'Ile de France ;
 - MM. les Présidents des Conseils centraux de l'Ordre des pharmaciens,
 - M. le Directeur général de l'Agence régionale de santé d'Ile de France ;
 - M. le Directeur de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi d'Ile de France;
 - M. le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé ;
 - M. le Ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire ;
- et transmise à Mme le Pharmacien Inspecteur régional de la santé d'Ile de France.

Affaire examinée et délibérée à l'audience du 5 mars 2012 à laquelle siégeaient :

M. CHERAMY, Conseiller d'Etat Honoraire - Président

Mme DUBRAY - Mme MARTRAY - Mme WEBER - M. TROUILLET - Assesseurs.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours en cassation - article L. 145-5 du code de la sécurité sociale - devant le Conseil d'Etat dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Le ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation est obligatoire.

Signé

Le Président
Bruno CHERAMY
Conseiller d'Etat Honoraire

